Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
Carpeta Nº 2506 de 2017

Versión Taquigráfica N° 1477 de 2018

# CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS
# DOCTOR EN PSICOLOGÍA JUAN FERNÁNDEZ

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 4 de abril de 2018**

**(Sin corregir)**

| | |
|---|---|
| **PRESIDE:** | Señora Representante Mabel Quintela. |
| **MIEMBROS:** | Señores Representantes Walter De León, Martín Lema Perreta, Lorena Pombo y Nibia Reisch. |
| **INVITADO:** | Doctor Juan Fernández, referente en la Facultad de Psicología. |
| **SECRETARIA:** | Señora Myriam Lima. |
| **PROSECRETARIA:** | Señora Viviana Calcagno. |

SEÑORA PRESIDENTA (Mabel Quintela).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida al doctor Juan Fernández, referente de la Facultad de Psicología; le agradecemos que haya aceptado nuestra invitación.

Estamos analizando el proyecto de ley relativo a "Consumo Abusivo de Drogas. Normas para el ejercicio del derecho de la voluntad anticipada para recibir un tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social", y nos interesa conocer su opinión al respecto.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- Agradezco la oportunidad de poder conversar con ustedes.

En primer lugar, uno debería aclarar desde dónde epistemológica y teóricamente habla. Cada uno de nosotros tiene un sesgo, una forja particular. En lo personal -aclaro que anteriormente tuve la fortuna de intervenir de un modo u otro en algunos anteproyectos o proyectos de ley vinculados al tema-, provengo de una forja interdisciplinaria, de mucho diálogo con profesionales que no son estrictamente de la psicología. En consecuencia, mi lectura de este documento va a estar signada por este hecho, por más que haya sido designado oficialmente por la Facultad de Psicología para dar una opinión.

Hice una lectura detenida del texto. Siempre es un problema redactar una ley, sobre todo en campos como este, donde aparentemente hay consensos semánticos, lingüísticos y conceptuales que, en definitiva, no son tales, ya que hay un gran debate sobre su naturaleza.

El artículo 1º determina: "Toda persona mayor de edad, psíquicamente apta, que padezca de una adicción a cualquier tipo de drogas […]". Esto parece muy claro; creo que todos podemos acordar rápidamente de qué estamos hablando cuando leemos un enunciando de esta naturaleza. Sin embargo, el problema de la adicción y sus tratamientos no es tan claro. ¿Por qué? Porque la mayoría de las personas sobre las cuales interviene algún aparato técnico -judicial o médico- para su tratamiento, no en todos los casos son estrictamente adictos. Si bien es difícil llegar a un acuerdo exacto, sucede lo mismo con el alcoholismo.

En algún momento, hice una revisión de la línea de los DSM, de los manuales psiquiátricos: se puede ver cómo van variando a lo largo del tiempo. De igual modo, es difícil ponernos de acuerdo acerca de quién es alcohólico y en qué momento alguien se vuelve stricto sensu un alcohólico. Es un problema de acuerdos coyunturales y políticos: por ejemplo, decimos que la persona debe tener una ingesta de tantos volúmenes en determinado período de tiempo. Además, esos acuerdos son muy fluctuantes.

Si esta fuera una conversación de boliche, podríamos ponernos de acuerdo más rápido con relación a situaciones particulares en las que uno puede reconocer que existe dependencia, alcoholismo o drogadicción. Pero no todos los casos son igualmente claros. La mayoría de los casos que llegan a los centros de rehabilitación no siempre son de adicciones. ¿Por qué? Porque hay otras formas de usos y de consumos problemáticos de drogas. Por ejemplo, hay un gran conjunto de personas -desde el punto de vista epidemiológico no tenemos convenientemente estudiada cuál es su participación en ese universo de organizaciones psíquicas frágiles- que terminan en algún lugar para que se juzgue su aptitud psíquica o su grado de dependencia, y que no consumen una sustancia regularmente y en forma especifica, sino que consumen lo que hay en el barrio, lo que pintó. Estas personas hacen un consumo salvaje y desarrollan prácticas autolesivas, análogas a las que practican en otros órdenes de las vidas: se ponen en situaciones de riesgo, enfrentan situaciones de violencia y consumen lo que tengan a su alcance.

Si bien estas personas llegan a hacer un consumo muy salvaje de esas sustancias, ingieren cualquier tipo de drogas, tienen conductas autolesivas y son peligrosas para otros, no consumen en forma continua ni dependen orgánicamente de una sustancia: hoy, fueron pastillas y, mañana, será alcohol, marihuana e, inclusive, pasta base. No todos los consumidores de pasta base, ni siquiera los que lo hacen con frecuencia, son en un sentido estricto adictos; también hay consumidores.

En la Facultad de Medicina se hizo una investigación con cobayos o ratones, y se arribó a la conclusión de que algunos animales eran menos propensos a desarrollar una adicción a determinada sustancia, por más que se generara un dispositivo adictógeno.

Por tanto, hay personas que pueden tener contacto social con las sustancias y no ser adictas en sentido estricto. Ese es uno de los primeros aspectos a tener en cuenta.

Con relación al proyecto de ley, no sé si es conveniente dejar la definición estricta de adicción, drogodependencia o cualquier sinónimo, o hacer referencia a la persona que pueda demandar algún tipo de intervención o de atención debido al uso problemático de determinada sustancia.

Hay personas que en un sentido estricto no son alcohólicas: capaz que están seis meses sin consumir, pero se reúnen con amigos, empiezan a tomar y no paran hasta que culmina en una situación de violencia verbal o física. En esos casos la familia dice: "Fulano es de mal beber. No tiene control sobre la sustancia". ¿Esa persona es un alcohólico en sentido estricto? ¿Deberíamos someterlo a un tratamiento de desintoxicación, de rehabilitación o de internación, aunque el pida, o deberíamos utilizar otras formas de tratamiento?

Entonces, el problema de las adicciones es el policonsumo, la definición en sentido estricto: cuándo se está frente a un adicto y cuándo hay uso problemático de una o varias sustancias.

Esto también encierra el problema de los tratamientos estandarizados. Hay formas de leer este problema que son bien recibidos en términos generales, porque simplifican la vida. Se suele pedir que la persona vaya al Portal Amarillo, a una clínica psquiátrica, a Castalia, etcétera. Lo cierto es que hay formas estandarizadas de atender problemas diversos. ¿Qué sabemos con respecto a esas formas de internación? Que a largo plazo tienen un altísimo índice de fracaso. No se trata de incompetencia del plantel técnico ni de falta de buena voluntad. El fracaso se debe a que las internaciones estandarizadas tienen un tratamiento uniforme y un modo de concebir el problema que iguala a todos. No todos salen beneficiados, aunque muchos sí; lo he visto. Lo mismo sucede con los pacientes psiquiátricos. Cuando alguien reclama una internación psiquiátrica, sabemos

cuáles son las condiciones de existencia en ese centro, que va a pasar por situaciones engorrosas y demás, pero la persona pide esto porque allí tiene cierta contención.

En las instituciones que atienden problemas de drogas y en estos centros, lo más atractivo de la oferta es la posibilidad de la contención: salen del entorno habitual, concentran mucha atención de la familia y de su entorno -a veces lo que más necesitan es que se los reconozca como personas-, alguien se ocupa de ellos, alguien está pagando una clínica y los van a ver, y se vuelven el centro de atención de la familia. Sin embargo, después, vuelven a su casa y a su entorno, y se repite la historia. Después de una inversión muy costosa, esto genera frustración tanto en la familia como en la persona.

Hoy hablé de la interdisciplina. En algunos programas que la Facultad de Psicología ha desarrollado con la Junta Nacional de Drogas hemos probado en diferentes barrios formas de atención que llamamos tratamiento comunitario de los usos problemáticos de drogas. La base no es la internación, sino analizar cuál es la logística y qué recursos hay al alcance para mejorar esa situación.

Por otra parte, me parece que en el artículo 1º también hay un problema sintáctico y de sentido al final del primer párrafo.

La norma dice: "[…] rehabilitación y reinserción social para cuando se encuentre bajo los efectos de su drogadicción".

Estamos usando dos conceptos similares: adicción y drogadicción. El problema es que no siempre las personas creen que el alcoholismo es una drogadicción. Hay que ver si esta definición comprende el alcoholismo o no.

Además, el artículo establece: "bajo los efectos de su drogadicción". Hablar de drogadicción es referirse a un conjunto de signos y síntomas. Tal vez, sería más conveniente que dijera "cuando no esté bajo los efectos", "cuando no esté en una situación de intoxicación" o "cuando no esté evidenciando algún síndrome abstinencial". La verdad es que no pensé una redacción alternativa para esto, pero me parece que no es feliz decir, como se dice en dos oportunidades, "bajo los efectos de su drogadicción". Digo esto, en primer lugar, porque la persona no dejaría de estar en esa situación. Si convenimos que alguien ha desarrollado tolerancia, dependencia de una sustancia en mayor o menor grado, está acusando ese problema en forma permanente. Entonces, no es que en algunas oportunidades está bajo los efectos de su drogadicción y, en otras, no

Lo que sí podemos decir es que uno no puede tomar en serio y aceptar que se está pronunciando en forma voluntaria con respecto a algo, una persona que está ostensiblemente intoxicada o que evidencia el síndrome abstinencial.

Otro punto que quiero señalar tiene que ver con algo sobre lo que ya hay jurisprudencia -esta norma va en línea con otras leyes-: los profesionales médicos tratantes.

El artículo 1º establece: "serán quienes deberán determinar que la persona se encuentra psíquicamente apta".

Acá hay un problema que trasciende las disciplinas y lo corporativo. Hoy en día, los distintos centros de atención y rehabilitación y los equipos técnicos son muy variados, y hay asimetrías de diversa índole.

Históricamente ha existido una jerarquización de la función médica. Hoy, en una época donde han proliferado las posgraduaciones y donde la ciencia exige otros niveles de desarrollo académico y científico, en un mismo equipo puede haber un médico que llegó hasta allí por razones coyunturales o técnicas, pero sin una formación específica en el tema, y un profesional de otra disciplina. Y considero que no está mal trabajar al lado de un profesional de otra disciplina. Hoy han proliferado muchos; por ejemplo, han venido especialistas europeos y el año pasado recibimos a Oriol Romaní, quien ha entendido mucho en la legislación de la Unión Europea, y es antropólogo. De hecho hay personas que yo valoro mucho en la academia y en el país que, también, son antropólogos. Además, puede haber psicólogos con posgraduación clínica o en las ciencias médicas de algún tipo, con perfiles de posgraduación que trascienden el marco de competencias del médico que, en algunos casos, dirige el equipo. Eso genera asimetrías diferentes y está revelando una situación donde las fronteras disciplinares están muy difuminadas y las personas hacen tránsito de lo más diverso.

Pondría un signo de interrogación en torno a los profesionales médicos tratantes en el sentido de que es restrictivo. De hecho, en algunas direcciones de instituciones dedicadas a la rehabilitación -mayoritariamente tienen a un médico- tienen a un profesional de otra disciplina con competencia para hacerlo. ¿Por qué? Porque tampoco es competencia estricta de la medicina hoy en día, pronunciarse con respecto a la salud mental, en tanto objeto de estudio. La medicina es tan amplia; todas las disciplinas han crecido y se han bifurcado o ramificado. De todas formas, la medicina no tiene estrictamente por objeto de estudio este asunto.

Acá hay un problema de la bioética que aborda la cuestión de la diferencia entre competencia y capacidad, que es uno de los debates. Es decir, alguien puede estar capacitado para el desarrollo de una acción pero puede tener competencias variables para su realización. Este tema fue muy abordado en los años 1979 y 1980 en adelante. La bioética es un punto que genera bastante discusión.

En el artículo 2º de este proyecto de ley, se habla del carácter preceptivo, temporal de un mínimo de tres meses hasta seis meses renovable de algún modo, es una convención. Cuando leo esto -y vuelvo a la perspectiva interdisciplinaria-, uno instituye un modo de actuar que matriza las organizaciones que se van a dedicar a esto y generan productos ad hoc de modalidades de intervención de tres, seis meses, de un año o de lo que sea, con aranceles específicos y ajustan la modalidad. De esta manera, uno está creando un dispositivo y universalizando o generalizando en el país un tipo de dispositivo al que las distintas instituciones van a tratar de ajustarse para ingresar de la mejor manera en esa oferta. Ese sería otro de los temas: una modalidad exclusiva, estandarizada, muy reglada temporalmente y en cuanto a la configuración del equipo técnico.

Estos problemas -en caso de que los aceptemos como problemas- se reiteran en cuanto a profesionales médicos tratantes. En el artículo 5º del proyecto de ley se repite lo mismo diciendo "bajo los efectos de su adicción". Insisto en que me parece muy equívoca la expresión y poco afortunada.

Básicamente creo que estos son los problemas que pude observar en una primera instancia. Desconocía cuál iba a ser la dinámica de esta reunión y no sabía cómo iba a ser la oportunidad de diálogo con la comisión.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Antes que nada quiero agradecer al señor Fernández por su presencia y darle la bienvenida.

Estuve mirando el curriculum del doctor y como veo que ha estado trabajando mucho en este tema, quiero hacerle algunas preguntas puntuales relacionadas a la problemática en sí.

Quisiera que me diera su visión con respecto a la medida que ha adoptado el gobierno en cuanto a legalizar la venta de la marihuana, en cuanto a si se han visto resultados positivos y si considera que se ha podido revertir la situación.

Todos nosotros hemos estado en contacto con los familiares de personas adictas ya que han concurrido al Parlamento en forma continua e, incluso, se reunieron en nuestros despachos y en la comisión. Es claro que el problema existe, que hay mucha gente que se quiere rehabilitar y no puede. Esta iniciativa nace de ese grupo, y nosotros como legisladores la acompañamos con la firma para estudiarla.

Por otro lado, me gustaría saber si usted entiende que en los últimos años el gobierno ha estado omiso en ejecutar acciones para rehabilitar a los adictos. Nosotros percibimos es que hoy por hoy desde el gobierno se permitió legalizar la venta de la marihuana pero no fue acompañada con soluciones para rehabilitar a los adictos. Asimismo, según su experiencia, cuál sería la solución que visualiza para que los adictos que quieran rehabilitarse puedan emprender las acciones necesarias. ¿Qué solución ve para este problema?

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- En primer lugar, en los problemas sociales complejos como este -como puede ser el juego-, uno no puede aspirar a una solución unívoca y definitiva; eso no. La historia y todas las disciplinas que estudian esto están de acuerdo en que lo que podemos hacer es modular la forma de expresión de determinados problemas.

A mí me gusta la historia referida a estas cuestiones. En algunas clases que preparo reviso el debate que se daba en la Grecia clásica como el de Anaxágoras, Anaximandro o Platón. Todos opinaban y desplegaban un espectro de ideas con respecto, por ejemplo, al alcoholismo muy similar al que podría ser un debate actual con algunas peculiaridades sobre cómo vivían. Platón decía que había que controlar y regular el consumo de

la gente hasta los 40 años. Después de los 40 años si ya había llegado hasta ahí, que dispusiera a su libre albedrío el uso del alcohol. No hay posibilidades de encontrar una solución; estamos intentando modularlo.

Es un problema complejo en un mundo globalizado. A partir de mi experiencia, inicialmente clínica y luego como investigador, suscribí y apoyé la idea de un nuevo marco regulatorio para el uso del cannabis. A las pruebas me remito: no se terminó el mundo, no pasó nada grave y al otro día no estaban los chicos fumando marihuana en las esquinas. A ojo de buen cubero, no vi cambios ostensibles. No tenemos estadísticas suficientemente sensibles como para medir en un sentido estricto el impacto.

En cuanto a los aspectos positivos de la medida, puedo señalar la discriminalización de ciertas prácticas que, evidentemente, afloja esa tensión y reduce la persecución de ciertos usos bastante generalizados. En relación a los posibles problemas de la ley, de algún modo uno ya los podía intuir. También la opinión en cuanto a qué bueno que Uruguay cambió, que a nivel internacional la gente representa al país de otro modo y que puede haber un turismo cannábico, que en Uruguay no pasa nada, que es fácil fumar marihuana. Del mismo modo que la gente va a la ciudad emblemática Amsterdam y en el paquete turístico se incluye un coffee shop. La aspiración del Estado uruguayo es controlar el mercado a través de la venta en farmacias, pero esto fue insuficiente y sigue existiendo un mercado negro de marihuana que habrá que valorar si es creciente o no, y si se puede reducir o eliminar a través del control de su producción y comercialización.

Por otro lado, a mi juicio está bien la disociación de los mercados. Hace un tiempo trabajaba mucho clínicamente, y en aquel entonces hubo una operación por el 2002 o 2003 -que habrá que ver quién y cómo se organizó- en la que los pacientes hablaban metafóricamente de una sequía, pues era muy difícil ir a una boca y conseguir marihuana. Lo que sucedía era que llegaban a la boca y se empezó a ofertar otro tipo de sustancia que muchos comenzaron a consumir. No hay ninguna sustancia que te agarre de las narices y te convierta en un adicto. Que una persona se convierta en adicta, por ejemplo, al tabaco o al alcohol, cuesta tiempo, esfuerzo y dinero. A uno le duele la cabeza y demás; sin embargo, algunas personas insisten y se vuelven consumidoras inveteradas del tabaco o el alcohol.

Me parece correcto abordar el tema desde otro modo porque, está clarísimo en todos lados, que la represión no ha logrado terminar con este problema. La guerra a las drogas no evolucionó favorablemente y en ninguna parte del planeta ha sido exitosa. Por tanto, ensayar otras alternativas, tal como ocurrió con el fracasado intento de la ley seca en Estados Unidos, no llevan a un mejor resultado. Entonces, controlando la producción de drogas y su la calidad, poniendo impuestos y reintroduciendo esos mercados en canales más formales, uno puede desarrollar ciertos controles e, incluso, buscar nuevas formas económicas de financiamiento de las intervenciones en ese campo. Lo veo por ahí, como una actitud positiva. Si esto se verificó en el Uruguay… Concuerdo con que hay un montón de problemas y que no fue una solución buena al pensar en cambiar el marco normativo para que se acabaran los problemas en relación con la marihuana y con otras sustancias. La complejidad se da en otras características.

SEÑOR LEMA (Martín).- Antes que nada, quiero agradecer al invitado la presencia en la comisión.

Hay cosas que me toca compartir y, en otras, me gustaría que se profundizara en forma concreta, sobre todo, en algunos asuntos que consultaba la diputada Reisch.

Hay habido muchos estudios e investigaciones internacionales que dan cuenta de que las políticas previsionistas fracasaron. Ex presidentes que integraban la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Marihuana como, por ejemplo, Ernesto Zedillo, César Gaviria y Fernando Henrique Cardoso ya habían expresado que las políticas previsionistas no dieron resultado en sus respectivos países. Estoy de acuerdo con el autocultivo para consumo personal y tan es así que fui corredactor del primer proyecto de ley que se presentó en el Parlamento el 10 de noviembre de 2010. En ese sentido, pienso que la guerra al narcotráfico hay que darla desde otro lado. Al respecto, comparto algunas de las cosas que decía el profesor Juan Fernández.

Yendo a medidas concretas, en el caso de las rehabilitaciones a los adictos, no podemos creer que con el autocultivo o la venta de la marihuana en farmacias alcanza para realizar un tratamiento. Eso solo es una parte para combatir al narcotráfico y demás -estamos de acuerdo- pero el enfoque de la diputada Reisch está dirigido al tratamiento del "ya cayó en una adicción" y hay que tratar de rehabilitarlo y recuperarlo.

Entonces, más allá de la ley a que se hacía referencia, quisiera saber cuáles serían las medidas concretas que el profesor Fernández considera necesarias por parte del gobierno como política pública para el tratamiento de los adictos, y si ya existen, cuáles son sus deficiencias. Es eso lo que estamos considerando en el proyecto de ley de estas características.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- Yo veo dos niveles en esto.

Hay un grupo de personas que están en una situación de uso problemático y requieren algún tipo de asistencia, atención o rehabilitación, cuyas familias poseen recursos para costear el tratamiento.

La otra población estaría formada por las personas que están en ese tipo de situación, pero sin recursos familiares para costear un tratamiento y que, por lo general, se deriva en un rechazo familiar y social que los va acorralando a situaciones de calle o de violencia.

Uno puede imaginar un futuro utópico con un Estado rico -con mucho petróleo-, con muchas clínicas de rehabilitación pública, en las que cualquiera que tenga un problema de esta índole podrá internarse sin medir costos, pero no creo que eso resuelva el problema, ni que esa abundancia plena de dispositivos de atención de internación y desintoxicación resuelvan el asunto. ¿Por qué? Porque, como dije al principio, estamos hablando de un grupo de problemas de diversa índole. La dificultad para entenderlo es que usamos bolsones y decimos: "los adictos". O si aplicamos alguna restricción sobre el enunciado los llamamos consumidores de pasta base.

Estos no son grupos homogéneos porque a no todo el mundo se le puede aplicar la misma horma y obtener iguales resultados, porque hay consumidores problemáticos que no son adictos, que hacen un consumo salvaje de una o de varias sustancias. Es decir, consumen lo que pinta en el barrio, hoy una cosa y mañana otra.

A veces, cuando uno se aproxima a alguna de esta personas piensa que por más que haya terminado en Manantiales -por nombrar a una institución célebre dedicada a esto-, no se trata de un caso de adicción, sino de un caso con un Yo frágil o alguien con algún tipo de trastorno psíquico que, entre cosas, consumió de forma muy problemática alguna sustancia. El tratamiento necesario ideal para esa persona es psíquico y psiquiátrico de otra índole y no ponerla en una horma disciplinaria en un centro de rehabilitación para que a la hora 7 o a la hora 8 deba levantarse, tender la cama, preparar el desayuno, ser vigilado, no pueda hablar de drogas, y estar en una ortopedia social de esta naturaleza que lo mantenga vigilado, en una ortopedia para alejar a las personas en tratamiento de las sustancias.

Eso es lo que se hace en muchas de las clínicas.

Hay un gran grupo de personas con uso problemático de drogas que eso no es lo que está precisando, porque su problema primordial, principal y prioritario es de otra índole.

Y como en esto no soy radical, sé que hay personas que por su situación social y familiar los continenta tener cierta disciplina. Antes se decía: "Metelos en el reformatorio", "Que vayan al servicio militar", o "Metelos en la Escuela Militar". Eran prácticas disciplinantes que se utilizaron décadas atrás para el adolescente poco dócil o problemático, porque un poco de disciplina le iba a venir muy bien.

En muchos de los centros de rehabilitación, por más que haya un médico tratante, un psiquiatra y demás, utilizan una ortopedia social disciplinante de esta naturaleza, es decir, una serie de reglas y controles que se ejercen sobre la conducta del paciente para que, a través de su estadía, vaya incorporando ciertas reglas, valores y formas de relacionarse con los demás, distintas a las que tiene en su casa y con sus amigos -¡Es eso!-, además de una medicación que puede ir desde benzodiacepinas hasta otras sustancia; puede haber tratamiento farmacológico asociado, o no.

La primera idea que defiendo es que los tratamientos estandarizados no resuelven todos los casos. No resuelven todos los casos de la gente que pueden pagarlos. A veces las familias se endeudan para pagar ocho meses de internación, pero cuando el chico vuelve a su entorno natural se reestablece el ciclo. ¿Qué se puede hacer en estos casos? Por ejemplo, una matriz más de tratamiento ambulatorio, de negociar con la familia internaciones domiciliarias en las que la atención, vigilancia y contención sea mediante la activación de

recursos familiares, que por preocupación o por lo que sea se activan en determinado momento y se organizan.

En algunos casos eso funciona, pero en otros funciona la red de ingeniería de los vínculos familiares. De última, hiciste una reunión con toda la familia amplia y la abuelita que vive en San José o en Florida dice: "Dejá que mi nieto venga conmigo y me ayude, aunque pierda el año del liceo". El chico se va con la abuela y a veces eso es terapéutico, porque salió del entorno.

Creo que estas son formas de atender el problema que dan mejores resultados que una internación estandarizada. Reitero que no digo que no haya casos en los que esa internación sea la mejor opción.

Para el grueso de la gente con problemas de alcohol y drogas que no tienen recursos familiares, que sistemáticamente es marginada, que termina reproduciendo violencia y problemas, y para quienes no hay recursos, el Portal Amarillo y los dispositivos sanitarios no son amigables para captarlos, pues no quieren ir a ahí.

¿Por qué? El porqué es todo un capítulo; hay toda una antropología. Uno tendría que hacer el esfuerzo de estar en una policlínica de Malvín norte y que le digan: "Mejor andá al Maciel, hablá con Fulano y ponete en la lista de espera". Este es uno de los problemas, pero no el único.

Solucionamos ese problema, agrandamos el Portal Amarillo y multiplicamos, pero hay forma de atención que no son amigables, porque los pacientes se van a escapar, se van a resistir; están pidiendo otra cosa.

Sí es bastante universal que todos queremos más o menos lo mismo: que se nos reconozca como personas, que alguien nos quiera -aunque sea un grupito mínimo-, que todos necesitamos hacer algo que sea reconocido como útil por el entorno inmediato, habitar este mundo en condiciones mínimamente humanas.

Hay un montón de personas en proyectos y programas que hemos desarrollado con la Junta Nacional de Drogas sobre perspectivas y tratamientos comunitarios. También hemos abogado por transformar el lenguaje. Cuando muchos dicen: "Es un adicto, es un caso de drogadicción", nosotros defendemos la idea de situación de sufrimiento social. ¿Por dónde se disparó la alarma? ¿Quiénes sufren? Sufre un montón de gente por el consumo de drogas de Fulano o Zutano, pero también sufren por muchas otras cosas más. Es decir, es un paquete, está sitiado todo ese sufrimiento social.

Hay una simplificación -es una fantasía- de querer encontrar la fórmula mágica, pero aun teniendo la varita mágica que nos permitiera de un día para el otro mantener alejados a todos los consumidores de drogas, habría problemas que no se resolverían.

Yo encuentro una gran analogía entre los casos de alcoholismo. En mayor o menor medida a nivel social uno siempre tiene algún referente y sabe qué es un alcohólico.

Evidentemente, mantener a alguien alejado de la sustancia reduce muchas formas de sufrimiento, pero también las transforma. No digo no hacer nada, sino que no se puede pensar que con una ley se puede universalizar, legalizar, difundir o apoyar una forma de tratamiento y que se resolverán los problemas que están en la calle.

¿Qué dispositivos me parecen más convenientes para la gente que no tiene recursos? Creo que hay que generar -lo ensayamos en algún momento- dispositivos intermedios, los llamamos dispositivos de bajo umbral, más amigables, con escasas reglas. Esto lo hicimos en Malvín norte y en otros lados. Por ejemplo, a la persona se le dice: "Acá no podés entrar armado ni te podés pelear; debés tratar a los compañeros con respeto". Es decir, se la trata como un ser humano, y se les pide pocas cosas, abriéndole las puertas para otros niveles de atención.

Los centros de escucha, la versión local de los dropping center, utilizados mucho en Estados Unidos y Europa -dispositivos de bajo umbral-, puede ser un primer paso para que alguien pueda ser escuchado. Esto no implica grandes recursos para otra cosa, porque a partir de ahí se pone en juego la logística de la derivación, del asistente social que va dando pasos, es decir, lo ayuda a obtener la cédula de identidad, acceder a un servicio de salud o a determinados beneficios reglados, que muchas veces las personas desconocen. Hubo

algunos usuarios que a pesar del dolor no concurrían a las policlínicas porque argumentaban que tenían que bañarse o estaban con la ropa sucia.

Durante un tiempo generamos y propusimos dispositivos muy elementales de un espacio público. Por ejemplo, muchos usuarios problemáticos de Malvín norte llegaban a un baño en el que se podían bañar, utilizar una lavandería para lavar la ropa y, algunos días en la semana, percibir una merienda. Les sugiero leer la documentación de esa experiencia, que está on-line.

También se hizo algo insólito que prima facie uno podría decir: "¡Qué delirante! ¿Para qué un taller literario con gente en situación tan grave y con tantas necesidades?". Hubo gente de la Facultad de Humanidades que organizó un taller literario y hubo elaboraciones simbólicas alucinantes por la forma de hablar de las propias situaciones. Posteriormente, en evaluaciones colectivas, los usuarios dijeron que un técnico colgara esos poemas en un blog, en el ciberespacio, o que los colocaran en una cuerda con palillos para que los vecinos pudieran leer lo que ellos habían escrito, no era algo banal.

No es una banalidad -a ninguno de nosotros nos pasa que nadie nos escuche- poder transmitir a otro, y que alguien repare lo que esa persona está diciendo, independientemente del grado de calidad canónica.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Entiendo que hay un basto marco teórico sobre este tema, pero la realidad indica que ni el marco teórico ni el Gobierno han dado una respuesta ni una solución a decenas de familias que nos plantean que sus hijos, padres o hermanos, cuando no están bajo los efectos de las drogas, les piden que por favor los internen para rehabilitarse.

Actualmente, llegado el momento cuando están mal, y por ser mayores de edad, no hay posibilidades de una internación compulsiva y la familia se ve impedida de cumplir con el deseo de esa persona.

Con este proyecto pretendemos que todas esas personas que piden por favor tener una oportunidad para rehabilitarse, puedan hacerlo a través de su firma, indicando su voluntad anticipada de internarse. Hoy eso no se lo puede hacer.

Voy a dar un ejemplo concreto. Santiago tenía un buen trabajo y una vida social y laboral interesante, pero comenzó a consumir marihuana y después siguió con la pasta base, lo que determinó que perdiera su trabajo y su vida consolidada. Terminó en situación de calle por voluntad propia, aunque la familia lo contenía y respaldaba mucho. En determinado momento la justicia dictaminó que debía alejarse de su casa debido a una orden de restricción, y cuando un día estaba golpeando la puerta de la casa de la madre para pedirle comida, llegó la policía. Y Santiago, que siempre pidió que la familia lo rehabilitara, terminó preso por segunda vez en Rivera. Lo curioso es que Santiago nunca cometió algún delito; su único problema es la adicción a las drogas. Reitero que siempre le pidió a la familia que lo internaran, pero al no haber nada por escrito, no lo pudieron hacer.

Por esos motivos es que tratamos de aprobar este proyecto de ley, para que se habilite la firma de la voluntad anticipada. Nada más.

Reitero que Santiago está preso y que toda su familia, incluidas sus abuelas con más de ochenta años de edad, se trasladan a Rivera para visitarlo.

También otra realidad que nos la cuentan todos los padres: en la cárcel no dejan de consumir, pues tienen mejor acceso a la droga adentro que afuera.

Este proyecto se lo presenté al señor ministro Basso, y vio con buenos ojos la solución al problema; luego lo derivó a salud mental. El propio ministro me dijo que en ASSE la ocupación de las camas es del 53%. Es decir, que hay un 47% de camas disponibles en ASSE y no hay que hacer otro edificio porque la infraestructura existe

Reitero una vez más que lo que pretendemos con este proyecto es que quienes han expresado que se quieren rehabilitar lo puedan hacer mediante la firma de su voluntad anticipada. Sabemos que no todos se quieren rehabilitar y seguramente que un porcentaje bajo de las personas adictas pidan para ser rehabilitadas, pero entendemos que debemos dar una respuesta a la familia y a quienes deseen rehabilitarse.

Por supuesto que esta no es la solución al problema, pero entre todos debemos empezar a transitar un camino para brindar posibilidades a quienes quieran rehabilitarse. Después este Gobierno o el que esté en el futuro -creo que todos los Partidos deberían trabajar en una política de Estado- deberían tomar las acciones necesarias para encarar la problemática en general. Nuestra intención y espíritu, al presentar este proyecto, es dar respuesta a los uruguayos que están pidiendo por favor rehabilitarse; sus familias, cuando ellos están mal, no pueden hacer nada porque son mayores de edad y no pueden ser internados en forma compulsiva. Pretendemos que las personas puedan manifestar su opinión en forma anticipada a través de una firma. Sabemos que es una problemática muy complejo, y de lo que se trata es de dar una oportunidad a los uruguayos que piden ayuda y que, lamentablemente, hoy no les podemos dar una respuesta.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- ¡Hagamos ya algo por Santiago! Si entendí bien, en este caso estamos hablando de un error judicial. Consumir no es delito; ser adicto, tampoco.

Cuando hice una investigación grande en cárceles, en el Comcar conocí a un africano que había llegado a Uruguay con documentos falsos. Con la poca plata que tenía había comprado documentos truchos. Le dijeron que Uruguay era un paraíso e iba a poder trabajar. Se gastó los pocos pesos que tenía para tratar de entrar al paraíso. Lo detuvieron en la Aduana. Era un hombre solo, sin posibilidades de hablar con su familia y sin dinero. Quedó en el limbo. No sé cómo, pero estaba ahí, flotando en el Módulo 5 del Comcar.

¡Hagamos algo por este muchacho! No tiene por qué estar preso. Hay gente que cumple una función pública en ese sentido. Está el Comisionado Parlamentario; hablemos con él. Santiago tiene que salir. Hay que activar los recursos estatales que existen para poder tratarlo. ¿Quién va a decir que no? ¿Quién no va a querer que Santiago se rehabilite? ¿Quién no va a querer ayudar a esa familia?

SEÑORA REISCH (Nibia).- La familia ha recorrido todos los caminos. Se han reunido con el Comisionado Parlamentario, han actuado a nivel de la justicia, etcétera. Han recorrido todos los caminos, pero la realidad es que Santiago está preso desde hace varios meses. Más de lo que ha hecho la familia, imposible. Todas las respuestas han sido negativas.

Inclusive, la familia hizo un esfuerzo muy grande para rehabilitarlo en Argentina, pero después él se vino porque se quería rehabilitar en Uruguay, cerca de sus seres queridos. Todavía no ha tenido la posibilidad de hacerlo.

El caso de Santiago es ampliamente conocido. Está preso por ser adicto, no por se delincuente. Ese nos parece un hecho absolutamente injusto, y nos preocupa.

La familia se ha reunido con diputados oficialistas, autoridades del Gobierno y el Comisionado Parlamentario, pero Santiago sigue estando preso por ser adicto.

Entonces, no es que no se hayan movido; han agotado todos los recursos.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- Desconozco el caso y ustedes son los que entienden en este asunto. Sin embargo, me parece que estamos hablando de un error burocrático gigantesco: a alguien que no cometió un delito se lo mantiene preso porque no se ha conseguido pulsar los resortes legales adecuados para reencauzar esa situación. No sé cómo ha sido encauzado esto. Sí sé que es una aberración jurídica. Hay recursos estatales en este sentido. El problema es que no se ha podido organizar una respuesta.

Ahora bien: no hay un lugar específico para esto. Tal vez alguien diga que consigue una cama en determinado lugar y lo desintoxica, que va al Portal Amarillo y da garantías de que lo rehabilita. Sin embargo, mi visión como especialista y luego de haber trabajado clínicamente en problemas de esta índole, es que uno puede quedarse con una narrativa elaborada por la familia, pero esas situaciones de sufrimiento -que entiendo y nos conmueven a todos- no son derivadas exclusivamente, aunque sí tienen una gran importancia, de la pasta base o de lo que ese chiquilín consuma. ¿Que hay que buscar formas para que él desarrolle otro proyecto de vida que no pase por el consumo de pasta base? ¿Que hay que desintoxicarlo? Sí, estamos totalmente de acuerdo. Pero no se trata de que hay una barrera y si la levantamos, ese muchacho va a acceder a una cama en no sé dónde o en Salud Pública y se van a solucionar los problemas. No esa así.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Entiendo lo que usted expresa; que lo comparta o no es otro tema. Respeto su currículum, sus conocimientos y la teoría, pero en el contacto permanente que tengo con los familiares

también veo la realidad de cientos de uruguayos que piden por favor rehabilitarse, y no pueden hacerlo. O sea: estamos tratando de buscar una solución entre los libros y la información que a diario recibo en el despacho.

Nosotros sabemos de muchos adictos que se quieren rehabilitar y hoy no pueden hacerlo. Por eso presentamos este proyecto de ley: para que firmen su voluntad anticipada y, llegado el momento, se los pueda rehabilitar; tan simple como eso.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Juan).- Nuestra discrepancia parte de la idea de que existe de forma virtual un dispositivo rehabilitador universalmente válido, accesible y que no le estamos permitiendo llegar a él. Lo mismo pasa con la rehabilitación psíquica.

¿Hay que ayudar a Santiago? ¡Ayudémoslo! No sé por qué sigue preso; es una aberración jurídica, política. Tal como se ha planteado, es una aberración que debe ser resuelta y que creo puede solucionarse rápidamente.

Ahora bien: ¿dónde dan rehabilitación? Espero que me muestren un centro de rehabilitación que tenga, al menos, un 40% o un 45% de éxito. Cuando digo "éxito" me refiero a que las personas, los que son abstensionistas, al cabo de un año no hayan vuelto a consumir. ¿Cuál es ese centro? No conozco ninguno. Son bajísimas las posibilidades que ofrece cualquiera de los centros del país. Estamos hablando de que el 70%, 80% y 90% de las personas vuelve a consumir al cabo de seis meses o un año. Entonces, se gasta un montón para un dispositivo que en alguna ocasión es de contención o ayuda, que aligera la tensión familiar, que saca el problema por un tiempo y la cosa se rearma. En algunos casos ese sistema funciona.

Dejando de lado el tema económico y la gente que puede pagar, no creo que muchas de esas internaciones den mejores resultados que, por ejemplo, la internación domiciliaria. Obviamente, para generar una internación domiciliaria debe haber cuatro o cinco personas que acompañen a la muchacha o al muchacho, que no lo dejen solo, que lo atiendan, que se preocupen. Eso es muy difícil de lograr. Por eso lo pasamos a una institución: lo metemos en tal lado, y que ahí se ocupen. El problema es que todas esas instituciones fracasan en términos estadísticos. Esta es una evidencia empírica, no solo acá. No es un problema de Uruguay; es un problema del mundo. Esas ortopedias disciplinantes no funcionan con la mayoría de las personas. Lo mismo sucede con las cárceles: en su inmensa mayoría no rehabilitan a nadie. Por el contrario, uno puede hacer un doctorado en delincuencia en el Comcar. Hay una escalada progresiva en este sentido. Si uno va a una cárcel y ve las condiciones en las que está, se dará cuenta de que es muy difícil que alguien se rehabilite. Del mismo modo, es muy difícil que alguien que salga del Comcar consiga un trabajo decoroso que le permita subsistir, pagarse una pensión, tener una pareja, alimentarse o vivir decentemente.

¿Qué tenemos que avanzar con la legislación? Sí, estamos totalmente de acuerdo; estamos todos del mismo lado.

SEÑORA PRESIDENTA.- Este tema es muy delicado y, como se dijo, no se han logrado muy buenos resultados. Tenemos que hacer mucho para solucionar esta problemática. Es horrible escuchar a los padres, a los hermanos; parte el alma.

Yo tengo una amiga que tienen un problema similar. La hija ha ido unas cuantas veces a la "Fazenda". Ahora, es una de las que ayuda a otras personas; hace dos años que está limpia, como dicen ellos. Sin embargo, sé de otros casos de la "Fazenda" que han vuelto a tener el mismo problema.

Como dije, esta situación es muy difícil. Hay que ponerse en el lugar de los padres, hermanos y abuelos, que desesperadamente piden ayuda. Ellos tratan de darle contención, pero es imposible; sus familiares les roban para drogarse.

Pienso que en el caso de Santiago capaz que hubo una denuncia de la familia porque, de lo contrario, ¿por qué no podría arrimarse a la casa?

(Diálogos)

——Por disposición judicial. Es rarísimo, pero pasa. Habría que seguir ese tema de cerca.

Creo que hay mucho por hacer. Nosotros queremos ayudar. Tenemos claro quiénes son los que saben. Esperamos que en un futuro haya más soluciones para estas personas.

Capaz que habría que hacer algunos cambios al proyecto. Como decía la diputada Reisch, su finalidad es que si alguna persona realmente quiere que la internen, se pueda hacer en el momento en que no está apta para decidir.

Agradecemos al doctor Fernández su presencia. Fue muy bueno todo lo que nos dijo; nos ilustró bastante.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.